

No. de póliza	No. de certificado	No. de empleado o matrícula de la escuela
Plan contratado	No. de folio	

**Instrucciones**

1. El presente cuestionario debe ser contestado en su totalidad por el médico tratante, evitando dejar espacios en blanco. Utilice **letra de molde, legible y tinta negra**.
2. El documento es inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras o uso de distintas tintas.
3. Esta sección debe ser llenada en toda reclamación inicial, **y cada 6 meses en caso de reclamaciones subsecuentes. En caso de contar con una autorización o número de siniestro previos para este padecimiento no es necesario llenar esta sección.**
4. La recepción de este formato no obliga a AXA a admitir la procedencia de la reclamación, ni a renunciar a los derechos que nos reservamos conforme al contrato de seguro.
5. La inexacta o falsa declaración de la información médica aquí detallada, exentará de toda responsabilidad a AXA Seguros.

**Información del paciente**

Nombre (apellido paterno, apellido materno, nombre(s))	Sexo	Edad
--	------	------

Causa de la atención médica  
 Accidente  Pérdida Orgánica  Otros  Especifique: \_\_\_\_\_

**Tipo de padecimiento** (puede marcar más de una casilla)  
 Crónico  Agudo  Otros  Tiempo de evaluación del padecimiento \_\_\_\_\_

**Diagnóstico(s):**  
 Causa o etiología \_\_\_\_\_  
 Describa el mecanismo de lesión \_\_\_\_\_  
 Indique el sitio de la lesión, detallando si ésta es unilateral o bilateral \_\_\_\_\_  
 Tiene relación con otro padecimiento Sí  No  ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 Fecha de los primeros síntomas \_\_\_\_\_ Fecha de diagnóstico \_\_\_\_\_ Fecha de inicio del tratamiento \_\_\_\_\_  
 Estudios de laboratorio y gabinete que se realizaron para confirmar el diagnóstico \_\_\_\_\_  
 Nombre del hospital \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso \_\_\_\_\_ Fecha de egreso \_\_\_\_\_

**Tipo de estancia** Urgencia  Hospitalización  Corta estancia/ambulatoria  Consultorio   
 Motivo por el cual ingreso el paciente al hospital \_\_\_\_\_  
 Exploración física y respuesta al tratamiento inicial \_\_\_\_\_

**Tratamiento médico**  
 Describa el nombre del (los) medicamento(s) indicado(s) (presentación, dosis, frecuencia, fecha de inicio, duración y término del tratamiento)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 En caso de terapia inmunológica, biológica, etc., justifique el tratamiento \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Tratamiento quirúrgico**  
 Cirugía programada \_\_\_\_\_ Cirugía realizada \_\_\_\_\_  
 Hallazgos \_\_\_\_\_  
 Se realizó biopsia Sí  No  Describa el resultado del estudio histopatológico \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Complicaciones \_\_\_\_\_

**Datos del médico**

Nombre del médico	Especialidad	Cédula profesional
Cirujano _____	_____	_____
Anestesiólogo _____	_____	_____
Ayudante 1 _____	_____	_____
Ayudante 2 _____	_____	_____
Otro(s) médico(s) _____	_____	_____

En caso de interconsultantes, indicar nombre del médico, especialidad y número de días de visitas \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Firma del médico tratante**

---